



Retour sur le AA Challenge

Dr Rim Bourguiba

Interniste

Hôpital des Forces de Sécurité interieure

La Marsa

Tunisie



Liens d'intérêts

- Aucun



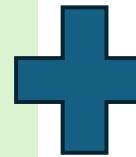
Introduction

- **L'amylose AA: complication des inflammations chroniques**
- **Etiologies diverses: infectieuses, génétiques, inflammatoires, MICI ...**
- **Maladie rare compliquant des maladies fréquentes**
- **Etiologies variables selon les pays**
- **But: Enseigner et communiquer la diversité des étiologies de l'amylose AA**
- **Réduire l'errance diagnostique**



Méthodes

- **Public cible: les médecins francophones: médecine interne, rhumatologie, gastro entérologie, néphrologue ...**
- **Sur une année: un cas mensuel sur une étiologie de l'amylose AA**
- **Diffusion du questionnaire via un comité de pilotage francophone**



Veille bibliographique sur l'amylose

AA

2 articles/mois

<https://www.maladiesautoinflammatoires.fr/aa-challenge>



Décembre 2023: premier trimestre





- 12 cas cliniques QUIZZ
- 12 étiologies d'amyloses
- Origines ethniques différentes
- Réponses variables
- Vignettes pédagogiques



Cas 1 : Patient de 40 ans

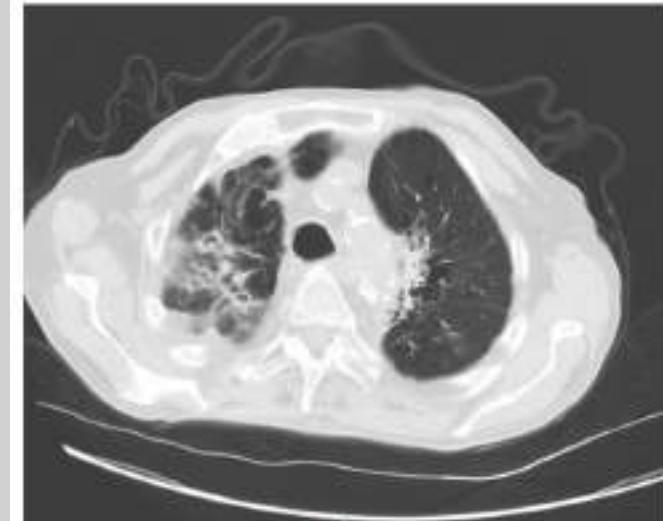


Fièvres récurrentes depuis l'enfance
Arthrites des grosses articulations
Aphtose buccale
Adénopathies cervicales
Diarrhée et douleurs abdominales

A la Bio SIB

Cas 2 : Patient de 87 ans

Origine : Nord-africaine



Tuberculose pulmonaire (1957)
Bronchopneumopathie chronique obstructive

Biologie Protidémie : 50 g/L Albuminémie : 11 g/L
Protéinurie : 4 g/24h ; IgM monoclonale à 7g/l sans protéinurie de Bence Jones
CRP : 30 mg/L (N < 5 mg/L)

Variant M694I du gène MEFV

Cas 3 : Patiente de 46 ans d'origine turque issue d'un mariage non consanguin

hospitalisée : exploration protéinurie après 4ème accouchement.



Biologie :

SIB avec proteinure

Une ponction biopsie rénale: dépôts d'amylose AA

Mutation M694V homozygote

Diagnostic FMF

Cas 4 : Patiente âgée de 78 ans, caucasienne, non consanguine, hospitalisée pour anorexie diarrhée et œdèmes des membres inférieurs évoluant depuis 18 mois.

Biologie : hémoglobine à 9.4 g/dl les plaquettes à 250 000 El/mm; la CRP à 59 mg/l

RX: Une carpite fusionnante



Un scanner TAP: multiples adénopathies profondes **hypermétabolique au PET-scanner.**

La biopsie gg: hyperplasie folliculaire

Les endoscopies digestives: normales

L'étude anatomopathologique des biopsies duodénales: Amylose AA

Polyarthrite rhumatoïde

Cas 5 : Monsieur de 55 ans, d'origine roumaine non consanguin

une insuffisance rénale chronique avec syndrome néphrotique depuis 6 mois.

L'examen clinique: (IMC) à 58

- une anémie hémoglobine à 9.4 g/dl
- une CRP à 59 mg/l.
- L'albumine était à 35 g/l



Un scanner TAP et le TEP scanner étaient sans anomalie. Une IRM de la jambe: normale

Ponction biopsie rénale: amylose AA

OBESITE

Cas 6: femme âgée de 34 ans d'origine algérienne issue d'un mariage consanguin
un syndrome inflammatoire biologique inexpliqué.
ATCD: hypothyroïdie et anémie réfractaire

L'examen clinique : retard staturo-pondéral.grabataire

Les examens biologiques :

- Anémie , SIB, hypogamma

Le scanner abdominal



Biopsie des glandes salivaires accessoires: dépôt amyloïdes Anti-SAA +

HYPEROXALURIE PRIMAIRE

Cas 7 homme de 63 ans origine marocaine

douleurs abdominales diffuses avec AEG

L'examen clinique : œdèmes des membres inférieurs+ adénopathie axillaire droite.

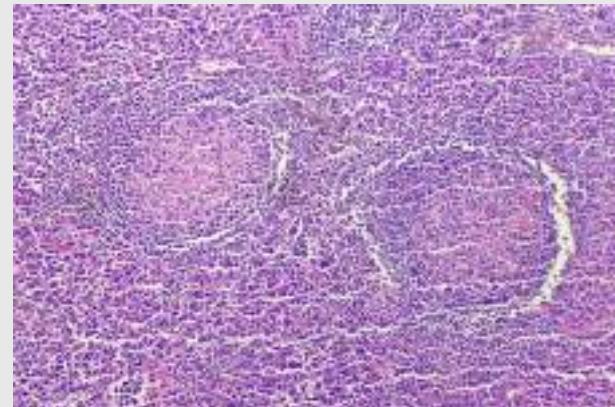
Les examens biologiques :

- Une anémie: Hb= 10,4g/dl ,CRP= 32 mg/L
- Insuffisance rénale et SN

Le scanner abdominal : adénopathies sus et sous diaphragmatiques avec une masse tissulaire rénale

PBR : dépôt amyloïdes Anti-SAA +

La biopsie de l'adénopathie axillaire + masse tissulaire rénale :



MALADIE CASTELMAN

Cas 8: Un homme de 54 ans origine tunisienne issu d'un non mariage consanguin

Altération de l'état général.

Antécédents : schizophrénie avec délire hypochondriaque, une toxicomanie sous héroïne puis subutex et un rhumatisme non précisé suivi puis perdu de vue depuis 1998.

L'examen clinique : OM bilatéraux blancs mous gardant le godet et une ascite de moyenne abondance. Son indice de masse corporel est à 18 kg/m².

Examens biologiques :

SIB, proteinurie

Les radiographies du rachis :



SPA AXIALE

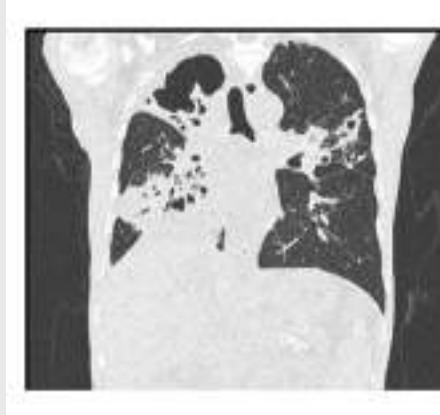
Cas 9 Monsieur 52 ans, non consanguin, originaire de l'Afrique sub-saharienne,

-**Hospitalisé** pour IRA obstructive sur une lithiasse urinaire bilatérale

-**Antécédents:** goutte. Une tuberculose pulmonaire bacillifère compliquée de greffe aspergillaire nécessitant une lobectomie supérieure droite.

Bilan biologique:

- Anémie
- CRP = 42 mg/l et SAA à 26,5 mg/L
- IR + SN



-**Un scanner thoraco-abdomino-pelvien :** adénomégalias latéro-trachéale droite et des bronchectasies du lobe moyen et inférieur droit

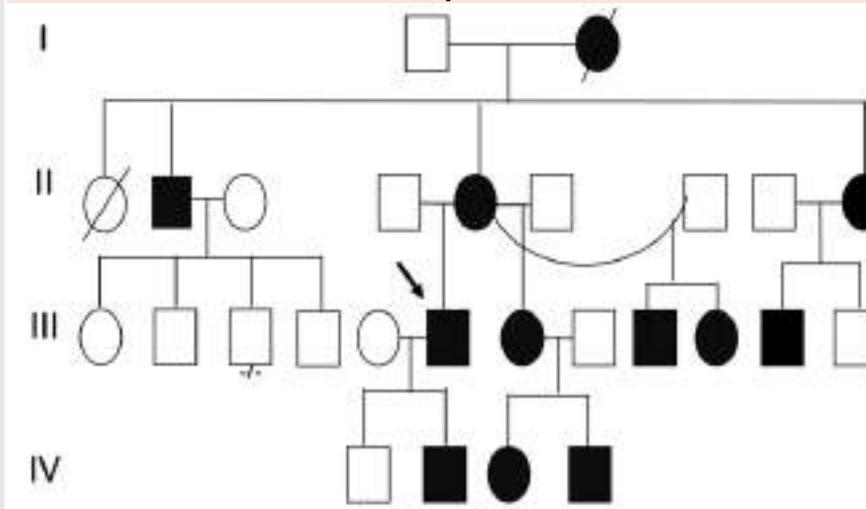
-**Biopsie** des glandes salivaires accessoires : AMYLOSE AA

AMYLOSE AA CAUSE MULTIPLE

CAS 10 Monsieur âgé de 35 ans d'origine bretonne de parents non consanguins

Hospitalisé en urgence en urologie pour une hématurie.

Antécédents : arthralgies fréquentes des grosses articulations depuis son enfance, des conjonctivites, une urticaire chronique.



CAS 11: Monsieur B, 46 ans, magrébin, non consanguin,

MH: Protéinurie dans le bilan d'OMI.

ATCD ; maladie inflammatoire chronique du tube digestif

Bio SIB

Proteinurie ++

•La calprotectine fécale à 220 µg/g

Les endoscopies digestives sont normales.

Le scanner thoraco abdominopelvien: adénopathies mésentériques infracentimétriques.

Une ponction biopsie rénale : amylose AA



CAS 12: Monsieur Z, 55 ans, magrébin, non consanguin,

Sd néphrotique et IRCT en attente transplantation

PBR : Amylose AA

Un canal cervical rétréci C5 et C6.

Examen: (IMC= 24.3), TA 15/8, FC 79, apyrétique.

Il signale des douleurs au rachis, une constipation chronique et des douleurs aux jambes avec paresthésies sans déficit signe



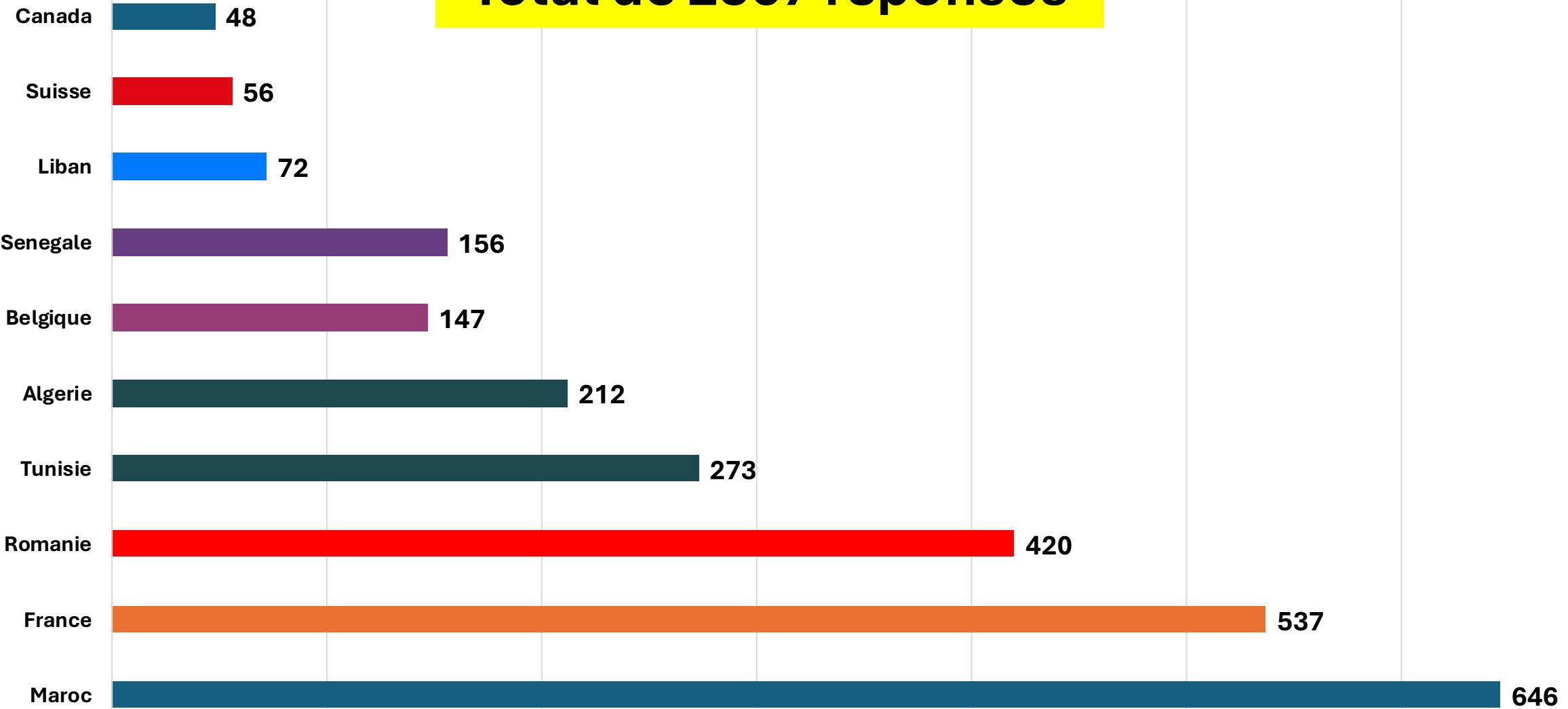
Biologie :

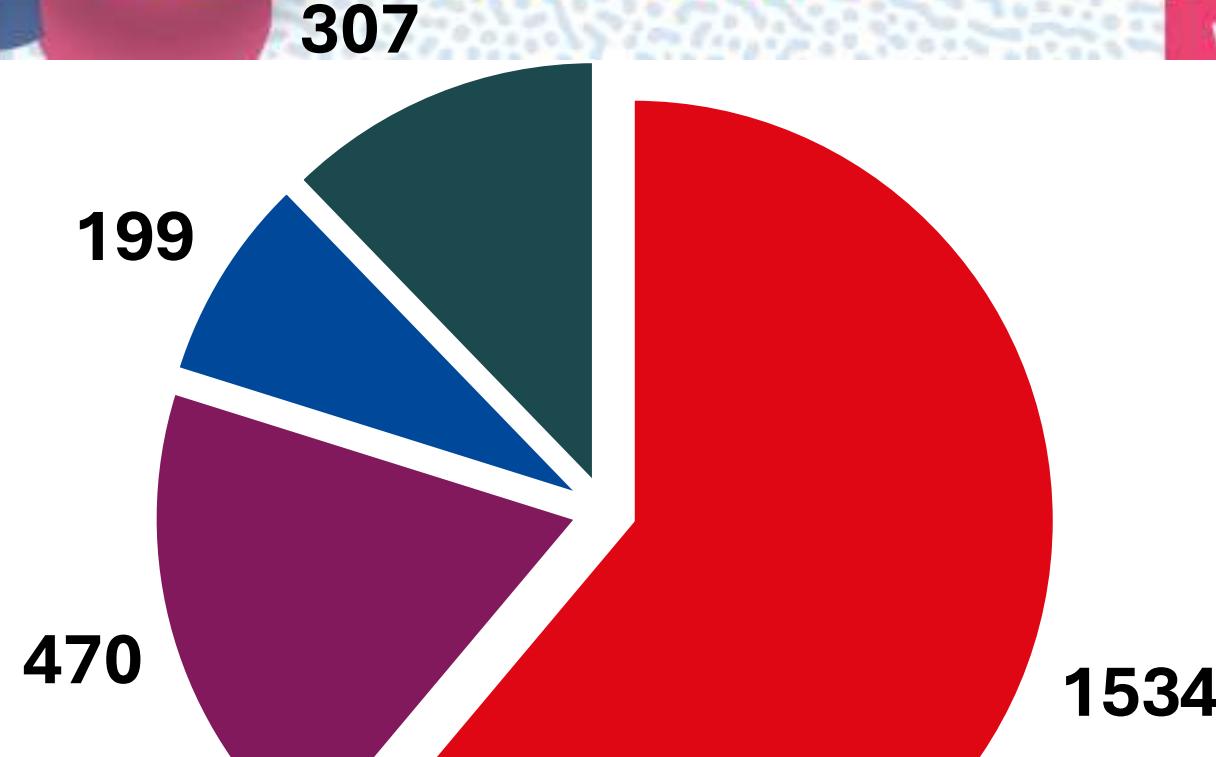
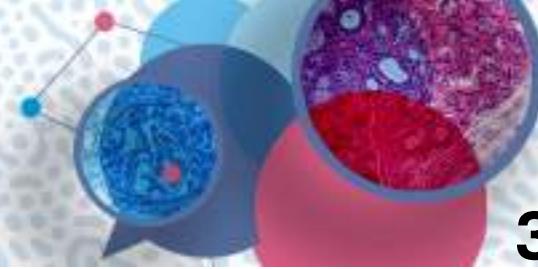
Hb à 12,5 g/dl; **CRP <4 mg/l et SAA <6mg/L (N <5 mg/L);** protidémie à 76 g/L, albuminémie à 40 g/l ; bilan hépatique normal. La créatininémie est à 371 micromol/L avec un DFG à 15 ml/min. L'électrophorèse des protides sériques est normale avec des gammaglobulines à 12.3 g/L.

La protéinurie ne peut plus être mesurée, car le patient n'urine plus

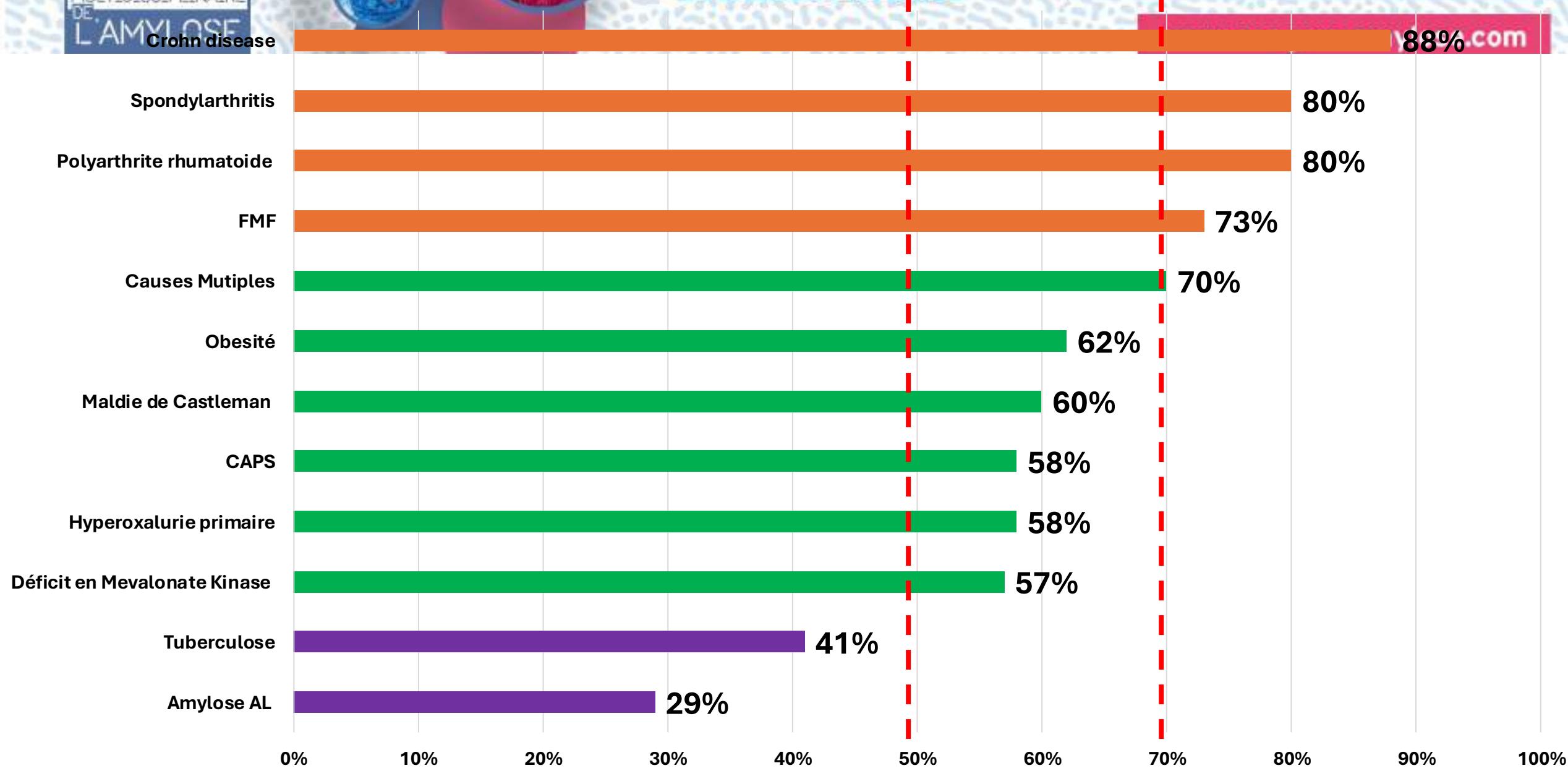


Total de 2567 réponses





■ Médecine interne ■ Néphrologie
■ Rhumatologie ■ Autres



Bibliographie

- Grossesse et amylose AA
- Détection du goître amyloïde par le SPECT/CT
- Anakinra induisant une amylose AA
- AA et nephrite interstitielle
- Facteurs de risque génétiques de l'amylose AA
- Maladie de Behçet et AA
- Efficacité et sécurité des anti-IL1 dans l'amylose AA
- AA de cause indéterminée
- Epidermolyse bulleuse et AA
- PET scanner au cours de la AA compliquant une SPA
- AA et DICV
- Transplantation rénale au cours de l'amylose AA



Author Dashboard

1 Unsubmitted and Manuscripts in Draft

1 Submitted Manuscripts >

Start New Submission >

5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
✉ Contact Journal EPA: Clifford, Susan	pmj-2025-149628	Insights from a one-year international educational challenge on AA Amyloidosis Causes: Engaging 2,597 Voters Across French-Speaking Countries Authors View Submission Cover Letter	05-Dec-2025	05-Dec-2025



Conclusion

- Méthode moderne et ludique d'enseignement
- Stabilité du nombre des participants/ mois: engagement des participants
- Veille bibliographique: formation médicale continue
- Certaines étiologies restent mal connues
- Continuer le challenge pour des maladies plus rares



Tirage au sort: Gagnant

Anfel Anfel

Doha Kabil

Faïza BEN MESSAOUD

Fatine Benjelloun

Francine KATALAY

Hicham EL MEGHRAOUI

Khadija OURADI

Marc-Antoine Delbarre

Oumama JAMAL

Samuel Deshayes

Zoubida tazi mezalek



Remerciements

Platinum sponsor



Premium sponsors



Silver sponsors

